

CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS

Nombre: _____	Edad: _____
---------------	-------------

Favor de circular o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuándo es su siguiente cita con el doctor? _____
2. **¿Cuáles inquietudes tiene su doctor acerca de su embarazo?** *Aumento de peso Pérdida de peso*
Lo que come Alta azúcar en la sangre Alta presión de la sangre Bajo hierro en la sangre
Ninguno Otro _____
3. **¿Cuáles de estos productos toma?** *Vitaminas prenatales Otras vitaminas/minerales Hierbas*
Pastillas con hierro Laxantes Medicamentos sin prescripción médica (Tylenol, Aspirina, etc.)
Ninguno Otros medicamentos _____ *Remedios caseros (apunte)* _____
4. **¿Cuáles de estas condiciones tiene?** *Náusea Vómito Acidez Estreñimiento*
Hinchazón Ninguna Otras (apunte) _____
5. ¿Cómo se siente acerca de su aumento de peso? *No suficiente Está bien Demasiado*

6. **¿Cuántas veces al día come?** _____ *Comidas* _____ *Bocadillos*
7. ¿Cuántas veces a la semana come comidas rápidas o de restaurante?
Nunca 1 a 2 veces 3 a 4 veces 5 o más veces
8. **¿Está en alguna dieta especial?** *No Sí Si sí, explique* _____
9. **¿Hay algunos alimentos que limita, evita o no come?** *No Sí Si sí, apunte* _____
10. **¿Qué es lo que come y toma en la mayoría de los días?**
 ♦ *Agua Café Té Soda regular Soda de dieta Gatorade*
 ♦ *Jugo Kool Aid Alcohol Cerveza Vino*
 ♦ *Frutas Verduras*
 ♦ *Leche (Descremada/Baja en grasa/Entera) Queso Yogurt Requesón Pudín/Flan*
 ♦ *Carne Pollo Pavo Pescado Hotdogs Frijoles/Lentejas Crema de cacahuete Huevos Nueces*
 ♦ *Pan Cereales Tortillas Arroz Pasta Bolillos Galletas saladas Pan Dulce*
 ♦ *Dulces Galletas Pasteles Donas Helados Tostaditas Papas fritas*
 ♦ *Otros (apunte)* _____
11. **¿Cuáles cosas, además de alimentos, se le apetecen?** *Tierra Barro Hielo Almidón*
Colillas Pintura descascarada Ninguna Otras (apunte) _____
12. ¿Cómo se siente ahora acerca de sus hábitos de comer? *Muy bien Bien OK Mal*

13. ¿Ha amamantado alguna vez? *Sí No Si sí, ¿por cuánto tiempo?* _____
14. ¿Qué tan segura está que dará pecho a su bebé? (Circule uno)
(no estoy segura) 1.....2.....3.....4.....5 (estoy muy segura)
15. ¿Está trabajando actualmente, o asiste a una escuela? *Sí No Estoy planeando empezar*

16. ¿Cuáles palabras describen su estado de ánimo de su embarazo? *Muy contenta Está bien Cansada*
Deprimida Triste Tensa Enojada Otra _____
17. ¿Cuáles actividades físicas hace en la mayoría de los días? *Caminar Correr Andar en bicicleta Bailar*
Deportes Nadar Clase de ejercicio/gimnasio Cultivar un jardín Ninguna Otra (apunte) _____
18. **¿Alguna vez se ha quedado sin dinero o sin estampillas de comida para comprar alimentos?** *Sí No*
19. ¿Qué preguntas tiene hoy sobre la nutrición y la salud? _____

For Staff Use Only (Para el uso del empleado de WIC)

Date: _____ WIC Staff Name: _____

Participant WIC ID#: _____ Height: _____ Weight: _____